

問 診 票

◆レーシック適応検査をご希望のかたは、別に専用の問診票がありますので、受付にお申し出下さい。

お名前 (ふりがな)	性別 男 女	生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日生()歳
ご住所 〒 -	電話番号 自宅・携帯電話・勤務先 ()	
コンタクトレンズ装用：あり・なし（使用年数：合計 年 / 1日装用時間 時間）		
眼鏡使用：あり・なし	運転免許：あり・なし（本日の車の運転：あり・なし）	

■ 今日はどういったことで受診されましたか？（○で囲む、またはご記入をお願いします。）

- ・眼鏡を作りたい ・コンタクトレンズを作りたい ・学校で眼科受診を勧められた
- ・健診や人間ドックで眼科での精密検査を勧められた ・オルソケラトロジーの適応検査希望
- ・現在気になっている目の症状についてお書きください。

（例）両眼のかゆみ、充血。 3日前から右眼が見にくい。 昨日、左眼にゴミが入った。 等

■ これまでに目の病気を指摘されたことがありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

1) 病名がお分かりでしたら教えてください。

・白内障 ・緑内障 ・斜視 ・弱視 ・網膜剥離 ・眼底出血 ・その他()

2) 目の手術を行った事があれば教えてください。 ※ ない・ある（○をつけてください）

(いつ：)頃(病院名：)で(病名：)の手術を受けた。

■ 現在治療中、またはかかった事のある病気がありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

1) 病名がお分かりでしたら教えてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心疾患 ・リウマチ ・脳血管障害 ・その他()

2) 通院されている病院があれば教えてください。 ※ ()

■ ご家族で目や全身の病気をお持ちの方がいらしたらお書きください。

()あなたとの続柄()

■ 内服薬、点眼薬、点滴等でアレルギーがありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

・お薬の種類・名前は？ ※ ・風邪薬 ・ピリン系 ・ペニシリン系 ・その他()

■ 体に何かアレルギーはありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

・花粉症 ・アトピー性皮膚炎 ・食べ物() ・動物() ・その他()

■ 当院をどちらでお知りになりましたか？該当する項目を○で囲んでください。（複数回答可）

・ホームページを見た ・知人の紹介（ご紹介者のお名前： 様）

・眼科紹介（病院名： ） ・看板 ・通りがかり

・新聞 ・ラジオ ・その他()

※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ご記入が終わりましたらお手数ですが、受付までお持ちください。